

## **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ И КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИЗЫВНОГО КОНТИНГЕНТА В СТАЦИОНАРЕ**

***Редненко В.В., Литвяков А.М.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

На обследование призывника затрачиваются большие средства. При этом основными слагаемыми этих потерь являются: недополученная новая стоимость, чистой продукции отдельных предприятий и отраслей); выплаты пособий по временной нетрудоспособности; затраты государства на диагностику, стационарное лечение.

Таким образом, врач, работающий с призывным контингентом, выступает не только как медицинский эксперт, но и как финансово-ответственное лицо, которое свободно обращается с фондами, выделенными на проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ распространенности терапевтической патологии по классам и отдельным болезням, среди лиц призывного возраста (юношей 17-27 лет; n=1343), поступивших на стационарное обследование в Витебскую областную клиническую больницу (далее ВОКБ) в интересах военно-врачебной экспертизы, проведен анализ и дана организационная и клинико-экономическая характеристика порядка обследования призывников в кардиологическом отделении.

Расчет и анализ числовых характеристик полученных результатов проведен с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica-5 с использованием непараметрических методов статистической обработки.

Результаты. Анализ случаев госпитализации в терапевтические отделения ВОКБ показывает, что призывники составляют 16,0 % от всех пациентов, поступивших на обследование и лечение.

В кардиологическом отделении призывники составили 26,5% всех больных поступивших на обследование и лечение в это отделение. Особенностью призывного контингента поступившего в кардиологическое отделение являлось то, что в стационарном лечении они не нуждались. Целью пребывания их в отделении было проведение обследования и уточнение диагноза для военно-врачебной экспертизы и определения годности призывников к военной службе.

Для анализа нами были сформированы группы по признаку «окончательный диагноз»: 1 – артериальная гипертензия и нейроциркуляторная дистония по гипертензивному типу (АГ, НЦД по ГТ); 2 – нейроциркуляторная дистония по смешанному типу (НЦД по СТ); 3 – нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу (НЦД по КТ); 4 – симптоматическая артериальная гипертензия, гипоталамический синдром пубертантного периода (ГСПП); 5 – пролапс передней створки митрального клапана I ст., дополнительная хорда митрального клапана, регургитация митральная, легочная, трикуспидальная (ППСМК); 6 – врожденный порок сердца (ВПС); 7 – постмиокардитический кардиосклероз (ПМКС). В случае наличия менее 5 сходных диагнозов из числа всех лиц поступивших на обследование, этот случай был отнесен в группу 8 – другие.

Для определения зависимости между количеством дней проведенных призывником в стационаре и окончательным диагнозом мы провели непараметрический тест для множественных сравнений Краскела-Уоллиса. При этом из теста мы исключили группу ВПС, так как призывники с этим диагнозом поступали в стационар с заранее установленным диагнозом, который здесь только подтверждался. Тест показал, что установленный диагноз не зависел от количества дней проведенных в стационаре ( $\chi^2(7) = 10,26$ ; уровень значимости  $p=0,1743$ ), т.е. не было различий между всеми вышеуказанными группами.

Медиана количества койко-дней пребывания призывников на обследовании в кардиологическом отделении составило 6,0, интерквартильный размах (4;7).

Стоимость диагностических исследований для этого контингента не превышает 21% от всех расходов. Основная масса затрат идет на зарплату рабочих и служащих, оплату коммунальных услуг, услуг связи, транспортных услуг и др. [2, 5].

Для диагностики терапевтической патологии применялись клинические, инструментальные и лабораторные методы диагностики. Для каждого обследуемого количество диагностических манипуляций (сдача крови, мочи, ФКГ, ЭКГ, ЭхоКГ и др.) не превышало 6-8 исследований за время нахождения в стационаре, 1-3 осмотра врача за день пребывания (врач приемного отделения, лечащий врач, сотрудник кафедры, узкий специалист по показаниям). Время активного обследования пациента в среднем не превышало 2-3 часов.

Обсуждение. Наши наблюдения показали, что при правильной организации диагностического процесса и оптимизации перечня диагностических исследований средний срок госпитализации, достаточный для постановки диагноза может равняться 2-3 дням. При сохраненном объеме диагностических исследований, сокращение медианы пребывания призывников с 6 до 3 суток привело бы к экономии денежных средств только в кардиологическом отделении ВОКБ при сохранившемся объеме госпитализации призывников и диагностических исследований до 35 млн. рублей в год.

Еще один путь снижения затрат при обследовании призывного контингента в стационарных условиях – это оптимизация перечня и числа диагностических исследований.

Основные затраты на диагностические исследования приходятся на проведение эхокардиографии с доплеровским анализом (33,4%), велоэргометрии (23,6%), фонокардиографии (12%), анализов крови биохимического (9%) и общего (6%), электрокардиографии (4,7%), радионуклидной ренографии (3,8%), анализа мочи общего (2%).

Наши исследования показали, что в 2001 г. для обследования призывников в кардиологическом отделении использовалось 42 диагностических теста (лабораторных и инструментальных). Обращает на себя внимание, что часто пациентам со сходным предварительным и окончательным диагнозом назначались разные исследования.

Внедрение в практику здравоохранения стандартов объемов медицинской помощи призывникам будет способствовать выбору правильной, соответствующей современному развитию медицинской науки и практики, тактики ведения больного с минимальными экономическим затратами.

Заключение. В кардиологическом отделении ВОКБ диагноз не зависел от количества дней проведенных лицами призывного контингента в стационаре. Сокращение среднего срока пребывания призывника в стационаре при правильной организации диагностического процесса не влияет на постановку диагноза, но

значительно уменьшает затраты на каждый случай госпитализации. Объем диагностических исследований, проводимых призывникам, должен быть регламентированным с клинической и экономической точки зрения путем введения стандарта диагностики лиц призывного возраста в целях военно-врачебной экспертизы с учетом всех особенностей призывного контингента.

Литература:

1. Прейскурант № У-11-85-03 на медицинские услуги, оказываемые учреждениями (подразделениями) Витебской области.

2 Приказ Министра финансов и Министра здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Методического пособия по составлению сметы расходов на содержание больничных организаций» №68/63 от 23 февраля 2000 г.